In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Cancer du sein

I- INTRODUCTION :

Définition:

T^m maligne développée à partir de l'épithélium glandulaire des canaux galactophores = ADK
Ou plus rarement au dépend de la charpente conjonctive , il sera alors un sarcome.
- l'ADK est très lymphophile

Intérêt de la question:

-le plus fréquent des cancers féminins
-en augmentation dans les pays développés
-1ère cause de décès par cancer en Algérie
-le pc reste mauvais malgré les progrès de la radio-chimiothérapie
-ce pc est variable en ft du stade évolutif,grading histo pc, type histologique
-variations géographiques, habitudes alimentaires

II-FdR (ETIOLOGIES):

** Facteurs hormonaux: = terrain d'hyper œstrogènie absolue ou relative :*
- Puberté précoce
- 1ère gsse tardive
- Nulliparité
- Ménopause tardive
- THS >10 ans
- Contracept° OP: faible augmentat° du risque (>25ans)
- Taux élevé de prolactine (plus chez la nullipare)
- Allaitement : protecteur >2ans si femme non ménopausée

** Facteurs diététiques et environnementaux :*
- Alimentation riche en graisses saturées
- Alcool, tabac (facteur protecteur)
- Obésité : aromatisation des androgènes en estrogènes dans le tissu adipeux

** Mastopathies bénignes:*
- Lésion proliférative avec atypies (hyperplasie atypique)

** Facteurs génétiques:*
- Formes héréditaires = 4% (Sd sein-ovaire)
- Mutation des gènes: BCRA1 et BCRA2 qui sont à la base des gènes suppresseurs anti oncogènes.
- Risque cumulé de 40 à 85% pour développer un Kc au cours d'une vie
- ANTCD personnel ou familial ++++ : fdr important

III- CLINIQUE :

* Circonstances de découverte:
-au cours du dépistage
-tuméfaction palpée par la patiente ou le médecin
-anomalies du mamelon : écoulement séro-sanglant,rétraction, lésion eczématiforme(Paget)
-sein inflammatoire, mastodynie
-ADP ou métastases

* Interrogatoire:
-FDR
-ATCDS personnels gynéco-obstétricaux et familiaux
-histoire de la maladie
-contexte médico-psychologique

* Examen clinique : toujours bilatéral , symétrique et de façon comparative
-en prenant note sur un schéma détaillé
-patiente assise puis couchée, torse nu
-sein malade et sein sain
-exploration systématique des aires ggaires (axillaire, sus claviculaire)

° Inspection: face et profil
-volume: augmenté , squirrhe
-forme: déformé , bosselé
-aspect: inflammatoire , rétraction mamelonnaire , une masse solide bosselée, déviation du mamelon, un capiton, un méplat…

° Palpation:
-quadrant par quadrant sans oublier les aires ggaires , de façon bilatérale et comparative.
-permet de différencier les signes en faveur de la bénignité ou de la malignité(nodule dur , indolore, adhérant..)

° Examen gynécologique et général complet

* Examens complémentaires:

° La mammographie ++++ : face , profil et prolongement axillaire: certaines images sont évocatrices(masse plus petite qu'à la palpation, dense et hétérogène à conteurs irréguliers, spéculés, en étoile, rétractile, micro calcifications en foyers irréguliers…➔ ACR

° Échographie: frq 5-7 MHz
-femme jeune aux seins denses
-analyse difficile des Tm<5cm
-masse hypo échogène, désorganisée et mal circonscrite

° cytologie: -cytoponction de la tumeur
- cytologie du liquide d'écoulement

° IRM: bonne valeur prédictive négative, lésions multifocales

° Marqueurs tumoraux: aucun intérêt Dc

° Étude anapath:
si discordance ➔ exérèse et anapath

IV- FORMES CLINIQUES :

** Selon l'âge et le sexe:*
- femme jeune : mauvais pc, envahissement ggaire++
- femme âgée : squirrhe
- kc du sein chez l'homme

** Selon la symptomatologie:*

° maladie de Paget du mamelon:
- infiltration néoplasique par les canaux galactophores du mamelon
- Lésion eczémateuse du mamelon
- Biopsie du mamelon

° mastite carcinomateuse: kC inflammatoire du sein

V- BILAN D'EXTENSION :
- Rx du thorax
- Rx du bassin
- Écho abdomino –pelvienne
- Scintigraphie osseuse
- Dosage du CA15- 3 : présence d'éventuel méta infra-cliniques
- Dosages hormonaux

VI- CLASSIFICATION :
Taille de la TM:
-T0 :Tm non palpable
-Tis: carcinome in situ ou mdie de Paget du mamelon sans Tm décelable
-T1: Tm ≤ 2cm
-T2: 2cm < Tm ≤ 5cm
-T3: Tm > 5cm
-T4: taille indifférente avec extension à la paroi et /ou la peau; Tm inflammatoire
ADP:
-N0: pas d'ADP palpable
-N1: ADP axillaires homolatérales mobiles
-N2: : ADP axillaires homolatérales fixées
-N3: ADP mammaires internes homolatérales
Métastases:
-M0: pas de métastase
-M1: métastase ou ADP axillaire controlatérale ou sus claviculaire homolatérale fixée

VI-ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE:
° Les carcinomes: 98% des Tm sont des ADK
A. T^m non infiltrantes :
1- carcinome intra canalaire in situ:
*25% des tms infra cliniques
*prolifération intra galactophorique épithéliomateuse qui n'envahit pas le tissu conjonctif voisin
*découvert sur micro calcifications
2- Carcinome lobulaire in situ:
8% des tms infra cliniques
B- T^m infiltrantes:
1- Carcinome canalaire infiltrant : 80%, le +freq
2- Carcinome lobulaire infiltrant
3- Carcinome muqueux
4- Carcinome papillaire
5- Carcinome tubulaire
6- Carcinome adénoïde atypique
7- Carcinome métaplasique
C- Maladie de PAGET

° Autres T^m:
*sarcome
*liposarcome
*fibrosarcome
*lymphosarcome
*KC secondaire d'origine génitale

>> Aspects histo-pronostic : SBR
Établit selon 3 paramètres:
-degrés de différenciation
-irrégularité nucléaire (anisonucléose)
-activité mitotique : 3 stades de gravité croissante I, II, III
>> Atteinte gg^{aire}:
déterminante pour le pc et l'attitude thérapeutique
>> Les métastases:
font tout le pronostic de la maladie

VII- TRAITEMENT :
Les moyens:
- La chirurgie :
*partielle: tumorectomie, quadrectomie, zonectomie
*totale mastectomie (sein +gg)
- Radiothérapie:
trans cutanée ou curiethérapie
Sein + aisselle+ sus claviculaire
- La chimiothérapie:
Antracycline et dérivés
- Hormonothérapie additive:
anti œstrogènes, anti aromatases, analogue LHRH
- Reconstruction mammaire:
prothèse mammaire en silicone et lambeaux de muscle cutané et grand dorsal

Les indications:
* La chirurgie:
- Traitement conservateur:
Tm < 3cm, non centrale , non multifocale
- Traitement radical:
Tm > 3cm, centrale ou multifocale
* La radiothérapie:
-après chirurgie conservatrice
-patiente inopérable après hormono ou chimiothérapie néo adjuvante
-irradiation de la peau après mastectomie si risque de récidive locale important
* Hormono et chimiothérapie:
- Non systématique:
. jeune femme: chimiothérapie
. Femme ménopausée: hormonothérapie
- Systématique si Tm métastatique

VIII- PRONOSTIC :
Survie à 5 ans:
Stade (I) : 85%
à partir du stade (II) : <25%